

# RESSOURCEN UND KÖRPERZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE

## RESOURCES AND BODY-CENTRED PSYCHOTHERAPY

Alfred Künzler

### Zusammenfassung

Diese theoretische Arbeit untersucht Körperzentrierte Psychotherapie auf Ressourcenaspekte. Der Autor stellt Ressourcenorientierung der pathologischen Sichtweise an die Seite und begründet sie neurologisch, psychologisch, systemtheoretisch und psychotherapeutisch-empirisch. Der Begriff der Ressourcen wird beleuchtet sowie deren spezifische Diagnostik. Vor diesem Hintergrund wird Körperzentrierte Psychotherapie skizziert und ihre Ressourcen- resp. Defizitorientierung untersucht. Ein Modell zur multidimensionalen Diagnostik und eine entsprechende therapeutische Technik werden beschrieben. Der Autor verortet das besprochene Therapie-modell als integrativen, ressourcenorientierten Ansatz.

**Schlüsselwörter** Ressourcen – Salutogenese – körperzentrierte/integrative Psychotherapie

### Summary

In this theoretical paper, body-centered psychotherapy is examined for aspects of client resources. The author puts resource orientation side by side with a pathological perspective giving neurological, psychological, systems theory and psychotherapeutic-empiric justification. The resource concept is discussed along with its specific diagnostics. In this context, body-centered psychotherapy is sketched and analyzed for resource and deficit orientation. A multi-dimensional diagnostic tool and a respective therapeutic technique are introduced. The author concludes that the investigated therapy represents a resource-oriented integrative approach.

**Keywords** resources – salutogenesis - body-centered/integrative psychotherapy

### Ressourcen in der Psychotherapie

Erst menschliche Defizite scheinen der klassischen Psychotherapie überhaupt eine Existenzberechtigung zu geben. Welche Bedeutung also könnte der Begriff Ressource in einer Krankheitsbehandlung haben?

Das Gleichnis vom halb leeren bzw. halb vollen Glas soll es deutlich machen. Spreche ich von einem halb leeren Glas, wird der defizitäre Teil des Objektes betont. Spreche ich von einem halb vollen Glas, wird das Vorhandene, die Ressource(n) in den Vordergrund gehoben. Beide Aussagen sind wahr und kommentieren denselben Zustand. Verschieden ist die Perspektive und die Wirkung beim Zuhörer. Da beide Perspektiven einen Aspekt der Wahrheit erfassen: Könnten sie zusammen eventuell eine umfassendere Sicht der „Realität“ abgeben?

In der psychotherapeutischen Praxis und Forschung sind Ressourcen – über die Stammländer des Humanismus hinaus – ein viel beachtetes Thema geworden. Grawe (1998) sieht Ressourcenaktivierung gar als einen von vier Wirkfaktoren jeder Psychotherapie. Weniger überraschend explizieren auch stärker humanistisch geprägte Autoren das Ressourcenprinzip zunehmend als wichtigen therapeutischen Faktor. Diese Entwicklung ist Anlass, in der vorliegenden Arbeit Körper-

zentrierte Psychotherapie unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung zu diskutieren. Im Weiteren will der Artikel zur Überbrückung der von Fäh (2004) beobachteten Unverbundenheit von Psychotherapie und Salutogenese<sup>1</sup> beitragen.

#### **Ressourcen vs. Defizite: sowohl als auch!**

Dass sich Menschen nur mithilfe von Fähigkeiten verändern können, derer sie mächtig sind, ist zwar ein nahe liegender Gedanke (vgl. Foppa, 1988). Nur mit dem gesunden Anteil kann der kranke geheilt, nur mit dem Vorhandenen das Fehlende erarbeitet werden. Trotzdem konzentrierten sich traditionelle Formen der Psychotherapie auf krankhafte Persönlichkeitsanteile (Psychoanalyse) resp. gestörtes Verhalten (Verhaltenstherapie). Erst die „dritte Kraft“ im Feld, die humanistischen Ansätze, läutete diesbezüglich eine Wende ein. Die Ressource „Selbstaktualisierungskraft“ rückte ins Zentrum der Behandlung. Seit einiger Zeit wird aber in humanistischen Kreisen selbstkritisch diskutiert, dass diese radikale Gegenbewegung zu einer ebenso einseitigen Sicht und damit einem nicht optimalen Behandlungsverlauf führen kann.<sup>2</sup>

Im Laufe der letzten Jahrzehnte<sup>3</sup> entstanden viele integrative (oder eklektische<sup>4</sup>) Psychotherapieformen. All diesen Ansätzen gemeinsam ist, dass sie auf bestehende Konzepte, Theorien, Techniken und/oder Strategien verschiedener Proveni-

<sup>1</sup> Begrifflich angelehnt an Antonovsky (1997), hier jedoch in einem weiteren, allgemein ressourcenorientierten Sinn verstanden.

<sup>2</sup> So ortet Staemmler (1999) etwa im Gestaltansatz ein Defizit im Umgang mit Defiziten.

<sup>3</sup> Tatsächlich sind Integrationsbemühungen schon seit den Dreißiger Jahren dokumentiert (French, 1933; einen historischen Abriss geben Goldfried und Newman, 1992).

<sup>4</sup> Die beiden Bezeichnungen „integrativ“ und „eklektisch“ werden zuweilen synonym verwendet, letztere im deutschen Sprachraum aber häufig negativ konnotiert. Für beide existiert kein einheitliches Verständnis, im Gegenteil kann „integrativ“ noch auf verschiedenen Ebenen differenziert werden (Norcross und Goldfried, 1992).

enz zurückgreifen und durch mischen oder weiterentwickeln die Wirksamkeit der Therapie zu verbessern suchen. Mehrere solcher neuen Ansätze haben auch die einseitige Fokussierung auf Ressourcen oder Defizite aufgelöst. Stattdessen werden beide Perspektiven einander ergänzend in die Behandlung einbezogen. Sie haben vorweggenommen resp. umgesetzt, was Grawe (1995) empirisch zeigte: dass beide Perspektiven wirksame Faktoren in der Psychotherapie darstellen.

Die Verknüpfung beider Sichtweisen verspricht eine Verbesserung psychotherapeutischer Behandlungen. Smith et al. (1999) untersuchten die Frage, unter welchen Bedingungen die Auseinandersetzung mit sehr schmerzhaften Erlebnissen von Patient(inn)en als hilfreich empfunden wird. Entscheidend war die gleichzeitige Aktivierung von positivem Erleben. Als günstig erwies sich auch, bei der Problembearbeitung nicht zu lange den aktuellen Zustand zu explorieren, sondern baldmöglichst auf die Veränderung zu fokussieren. Fruchtbare Problembearbeitung geschieht demnach in Verbindung mit ausgeprägter Ressourcenaktivierung und Veränderungsorientierung.<sup>5</sup>

### **Begründung ressourcenorientierten Vorgehens**

Braucht Ressourcenarbeit in der Psychotherapie begründet zu werden? Der Gegenpol – Problembearbeitung – wurde während Jahrzehnten nicht reflektiert. Willutzki (2000b) fragt selbstkritisch: „Positive Perspektiven in der Psychotherapie – ist das Respektlosigkeit vor dem Leid der Patienten?“ (S. 327). Auch Hargens (1998) sinniert, „inwieweit lösungsorientiertes Arbeiten einen respektvollen Umgang mit Problemen pflegt und pflegen kann“ (S. 4).<sup>6</sup> Im Folgenden wird Ressourcenarbeit aus verschiedenen Positionen begründet.

**Neurologie/Psychologie.** Neurologische Studien (z. B. Koukkou und Lehmann, 1998) zeigen, dass auch das erwachsene Gehirn noch über hohe Plastizität verfügt. Unser Verhalten wirkt ständig auf die Organisation des Gehirns zurück.<sup>7</sup> Es gibt sogar Hinweise, dass unsere neurologischen Ressourcen durch entsprechende Stimulation zu vermehren sind. Grawe (2004) geht davon aus, dass allen psychischen Prozessen bestimmte neuronale Erregungsmuster zugrunde liegen. Den neuronalen Mustern entspricht auf der psychischen Ebene eine Verhaltensbereitschaft, für die er den Begriff des Schemas (mit einer Wahrnehmungs-, einer motivationalen, einer emotionalen und einer Handlungskomponente) gebraucht. Schemata können mehr oder weniger stark aktiviert und damit verhaltenswirksam sein. Schemata, die den bereits aktivierten ähnlich sind, sind leichter aktivierbar. Bei positiver Stimmung werden also andere positiv konnotierte Gedächtnisinhalte aktiviert. Mit jeder Aktivierung werden Gedächtnisinhalte verstärkt (Hüther, 2002).

**Psychotherapieforschung.** Die differentielle Psychotherapieforschung gibt Hinweise darauf, dass eine Orientierung des Vorgehens an den Ressourcen der Person sinnvoll ist. Beutler et al. (2000) fanden, dass Therapien, bei denen die Techniken auf Persönlichkeitsmerkmale des Klienten abgestimmt waren, erfolgreicher verliefen.<sup>8</sup> Klienteneigenschaften werden so im Therapieprozess als Ressourcen genutzt. Eine eigene Studie (Künzler und Beutler, 2003) zeigte, dass bei Einbezug des Partners in die Therapie das Abstimmen der Behandlung auf beide Personen (und deren Ressourcen) das Ergebnis verbessert.

**Ökonomie.** Willutzki (2000a) bemerkt mit Recht, dass „ein völliger Neuaufbau von Fertigkeiten in der Psychotherapie unökonomisch wäre ... Die meisten Personen haben vor der Diagnose einer psychischen Störung ihre Lebensaufgaben ausreichend gut gelöst ..., so dass ... davon auszugehen ist, dass sie viele [Fähigkeiten] haben, die für die [Lebens-]Bewältigung ... nützlich sind“ (S. 198). Mitgebrachte Eigenschaften in der Therapie zu nutzen scheint ökonomisch sinnvoll und hat nebenher einen ethischen Aspekt.

**Systemtheorie.** Die dynamische Systemtheorie hat mit dem Konzept der Selbstorganisation die Tatsache benannt, dass die belebte Welt einerseits kontinuierlich zerfällt, andererseits bewahrende und progressive Kräfte ebenso zur Natur gehören. Die Chaostheorie thematisiert u. a. eine homöostatische Kraft, die systemerhaltend wirkt, und eine heterostatische Kraft, die in Richtung geregelter **Veränderung** drängt. Komplexe Systeme, wozu auch der Mensch gehört, können sich von einem Gleichgewichtszustand bzgl. der wirkenden Kräfte entfernen und dann selbständig in einer instabilen Lage halten. Dieser Zustand „fern vom Gleichgewicht“ scheint nicht die Ausnahme zu sein, sondern gerade die ständige Entwicklung des Systems aus sich selbst heraus zu ermöglichen. „Change is normal“ – so brachte Klein (1980) die Aussagen der Systemtheoretiker auf eine allgemein verständliche Kurzformel. Resultate der Chaosforschung stützen die Annahme einer komplexen Systemen innewohnenden Kraft in Richtung **geregelter** Veränderung. Das humanistische Postulat der Selbstaktualisierungstendenz als starke innere Ressource wurde damit naturwissenschaftlich-empirisch untermauert.

### **Grundannahmen einer ressourcenorientierten Sichtweise**

Ressourcenorientierter Betrachtungsweise inhärent ist die Annahme, dass jede Person über Ressourcen verfügt. Das heißt, sie hat „gewisse Möglichkeiten, mit belastenden Lebensumständen und persönlichen Problemen konstruktiv umzugehen.“

<sup>5</sup> Weitere Differenzierungen in Smith und Grawe (2003).

<sup>6</sup> Dass erstere Frage vor kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund, letztere in systemischer Tradition formuliert wurde, verweist auf das integrative Potential der Ressourcendiskussion.

<sup>7</sup> Maurer-Groeli (2004) illustrierte vor kurzem die Bedeutung und Umsetzung solcher Befunde in Körperzentrierter Psychotherapie.

<sup>8</sup> Noch erfolgreicher waren jene Therapien, wo eine Passung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale beider, Therapeut und Klient, vorhanden war. Solche Ergebnisse sind allerdings schwer umzusetzen, da Therapeuten selten bereit sind, sich selber der gleichen Diagnostik zu unterziehen wie ihre Klientinnen.

Dies gilt sowohl für Personen, die als ‚normal‘ gelten, als auch für solche mit klinischen Auffälligkeiten“ (Willutzki, 2000a, S. 193). Bohart und Tallman (1999) fassen diese Sichtweise prägnant im Titel ihres Buches zusammen: **How Clients Make Psychotherapy Work**. Klient(inn)en wird eine aktiv gestaltende Rolle in der Therapie zugeschrieben. Diese Klientenaktivität (agency) geht über das hinaus, was mit dem Konzept der Selbstaktualisierungstendenz gemeint ist.

Weiter wird angenommen, dass Ressourcen wichtig sind für die körperliche und psychische Gesundheit und für die Lebensbewältigung. Damit sie ihre Wirkung entfalten können, müssen fördernde Rahmenbedingungen vorhanden sein.

Das ressourcenorientierte Menschenbild zeichnet die Person als Handelnde mit Wahlmöglichkeiten. Der Expertenstatus von Psychotherapeuten wird dadurch relativiert. Der Kontakt zwischen „wissender“ Therapeutin und „unwissendem“ Klienten wird unter ressourcenorientiertem Zugang umdefiniert in eine Interaktion zwischen zwei Wissenden: der Therapeutin mit ihren Fachkenntnissen und dem Klienten mit seinen Selbsterfahrungen.

## Was sind Ressourcen?

Als Synonyme für Ressourcen im psychotherapeutischen Kontext werden häufig „Stärken“ oder „Potentiale“ verwendet. Der Begriff meint „letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt oder als hilfreich erlebt wird“ (Nestmann, 1996, S. 362). Funktionalität wird als weiteres zentrales Bestimmungsstück genannt (Petzold, 1997). Damit erhalten Ressourcen einen subjektiven und einen objektiven Aspekt.

Eine andere Position nehmen Grawe und Grawe-Gerber (1999) ein, wenn sie schreiben: „Das Prinzip der Ressourcenaktivierung ... entspricht mehr einer therapeutischen Haltung als einer therapeutischen Technik“ (S. 63). Auch diese Autoren betonen aber, dass „es oft nur eine Frage der Perspektive ist, die man einnimmt, ob eine bestimmte Eigenart des Patienten als Problem oder als Ressource gesehen wird“ (S. 70).

Auf inhaltlicher Ebene wird häufig unterschieden zwischen internen (personalen) und externen Ressourcen. Den internen Ressourcen wird vielfach eine übergeordnete Rolle zugeschrieben. Persönlichkeitsfaktoren, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden hier angeführt, prominente Konstrukte heißen Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus. Externe Ressourcen beinhalten u. a. soziale Beziehungen inkl. der Therapiebeziehung.

## Ressourcendiagnostik

Obwohl eine klassische Diagnose in der Regel die Einordnung eines **pathologischen** Befundes in ein kategoriales System (ICD, DSM) bedeutet, ist der Begriff auch auf Ressourcen anwendbar. Denn „Diagnose“ meint nach Duden schlicht eine „unterscheidende Beurteilung“. Nebst der Pathologie auch die Stärken systematisch zu erfassen wird immer häufiger gefordert (z. B. Seligman, 2002).

Trotzdem existieren erst wenige ressourcendiagnostische Werkzeuge. Neben der großen Zahl klinisch-diagnostischer

Verfahren, die ein Pathologieprofil erheben (z. B. Symptom-Checkliste), existieren Instrumente, die potenzielle Ressourcenqualitäten erfassen (z. B. Stressverarbeitungsfragebogen). Explizite **Ressourcendiagnostika** (z. B. Fragebogen zur sozialen Unterstützung) sind dagegen rar. Das bisher umfassendste Instrument ist das Berner Ressourceninventar (Tröskén und Grawe, 2003). Es besteht aus zwei einander ergänzenden Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung.

## Körperzentrierte Psychotherapie

Im Folgenden wird vor dem Hintergrund der vorangehenden Ressourcendiskussion das Therapiemodell von Maurer (siehe zusammenfassend 1999; weiter zu körperorientierter Psychotherapie Röhrich, 2000) beleuchtet. Es stellt einen körperorientiert und systemisch erweiterten Ansatz der Gestalttherapie dar. Im Verlauf von drei Jahrzehnten wurde er ständig weiterentwickelt. Das Attribut „körperzentriert“ ist für die heutige Form eine unvollständige Beschreibung. Eine charakterisierende Bezeichnung wäre „multidimensionale“ oder „integrative“ Therapie in dem Sinne, dass auf mehreren der von Quekelberghe (1979) genannten fünf Explikationsniveaus einer Therapie Konzepte verschiedener Psycho- und Körpertherapierichtungen integriert wurden.

## Das Anthropologische Würfelmodell

Das Sechsdimensionenmodell, üblicherweise dargestellt als Würfel (Abb. 1), bildet ein Kernkonzept der Körperzentrierten Psychotherapie. Es veranschaulicht ein ganzheitliches Persönlichkeitsmodell und ist Orientierungsraster für Diagnostik und Intervention.

Das Anthropologische Würfelmodell bildet sechs Dimensionen menschlichen Seins ab. Der Würfel versinnbildlicht dabei die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Lebensdimensionen. Jede für sich kann detailliert betrachtet werden, aber erst gemeinsam bilden sie das Ganze. Bei Fokussierung auf eine der sechs Seinsdimensionen kann die zeitweilig vordergründige als Figur im gestaltpsychologischen Sinne verstanden werden. Die Metapher des Würfels schließt eine

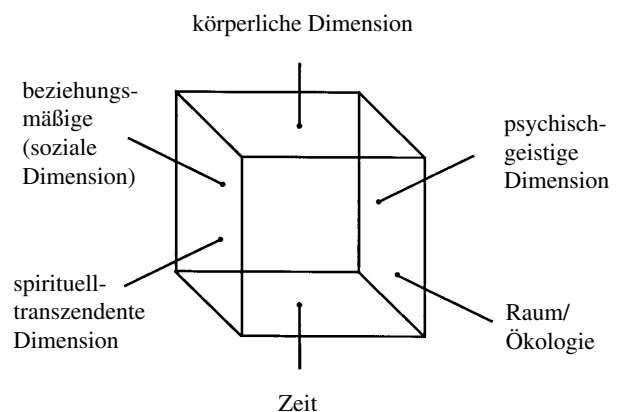


Abbildung 1:  
Anthropologisches Würfelmodell: sechs Dimensionen menschlichen Seins.

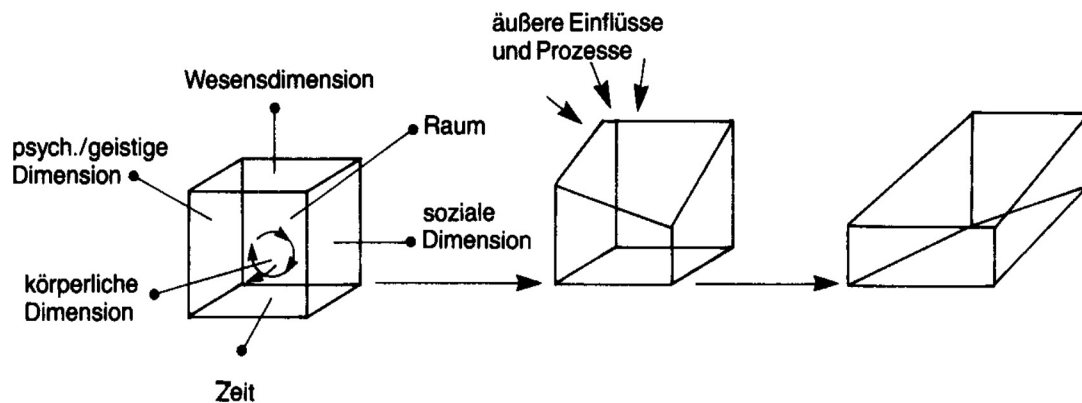


Abbildung 2: Das Würfelmmodell im Verlaufe der Zeit. Der gleichseitige Würfel stellt eine ideale Konfiguration dar, d.h., alle Seinsdimensionen würden in diesem Zustand ausgeglichen gelebt

Hierarchisierung der Dimensionen aus.

Bei den einzelnen Dimensionen fallen Überlappungen mit anderen Modellen auf, was für eine integrative Therapieform nicht erstaunlich ist. Die körperliche, die psychisch-geistige sowie die soziale Dimension korrespondieren mit den drei Pfeilern des biopsychosozialen Modells aus der Medizin (Engel, 1977). Da dieses Konzept als hinreichend bekannt vorausgesetzt werden kann, werden die drei entsprechenden Ebenen hier nicht weiter erläutert.

Die spirituell-transzendente Lebensdimension bedarf möglicherweise einiger Erklärung, um nicht missverstanden zu werden. Auf dieser Ebene geht es um einen Prozess tieferer Selbstfindung, der therapeutisch und präventiv genutzt wird. Diese Seinsdimension umfasst meditative Erfahrungen, Philosophieren als bewusste Auseinandersetzung mit letzten Fragen und als Sinnstiftung, persönliche Werte und Normen sowie das Urvertrauen. Die spirituelle Dimension ist hier also nicht mit Glauben oder Kirche gleichzusetzen, sondern mit menschlicher Erfahrung des eigenen Innersten und der Natur. Die Dimension der Zeit beinhaltet neben dem physikalischen Zeitbegriff auch eine subjektive Komponente. In der räumlichen Dimension wird unterschieden zwischen Körperinnenraum, intimem Außenraum, sozialem Nahraum sowie dem weiteren Großraum.

## Ressourcen- und Defizitaspekte

Das Anthropologische Würfelmmodell bietet einen Rahmen, um alle für eine Psychotherapie wichtigen Ressourcen ebenso wie Defizite eines Menschen zu inventarisieren. Die „Selbstaktualisierungstendenz“ ist darin enthalten und drückt sich aus, bildlich gesprochen, in der Fähigkeit, den Würfel entsprechend innewohnenden Anlagen auszugestalten und Dellen auszubeuken. Abweichungen vom gleichseitigen Idealkubus können als Defizite interpretiert werden, während das Vorhandene auf jeder Seite Ressourcen darstellt, analog zur erwähnten Allegorie vom halb vollen/halb leeren Glas (Abb. 2).

Um die sechs Dimensionen des Würfelmodells greifbarer zu machen, werden sie mit Detailkriterien beschrieben (Maurer,

1999). Die Merkmale der sozialen Dimension beispielsweise heißen Wir-Gefühl, kommunikativer Ausdruck, altersentsprechende Reife und Nähe-Distanz-Flexibilität. Sie sind grundsätzlich positiv beschrieben, es kommt darin eine gesundheitsorientierte Haltung zum Ausdruck. Das Würfelmmodell stellt damit ein ressourcenorientiertes Beschreibungsschema dar und kontrastiert zu pathologiefokussierten Schemata, wie etwa der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD<sup>9</sup>).

Die einzelnen Dimensionen im besprochenen Modell lassen sich schwerlich unterscheiden bezüglich ihrer Ressourcen- bzw. Defizitorientierung. Wie weiter oben dargestellt, zeichnen sich Ressourcen in der Psychotherapie vor allem durch ihre Funktionalität und positive Evaluation aus. Die Lebensdimensionen ebenso wie ihre Inhalte sind demnach nicht losgelöst vom Individuum, sondern immer nur im konkreten Fall auf ihre Ressourcenqualität hin beurteilbar. Für die Körperzentrierte Psychotherapie lässt sich sagen, dass in allen Dimensionen aktiv nach Inhalten mit Ressourcenqualität gesucht wird. Die vorgefundenen Inhalte werden vor allem unter dem Aspekt der Nutzbarkeit für den therapeutischen Prozess geprüft. Identifizierte Ressourcen werden nach Möglichkeit verstärkt und zum Beziehungsaufbau oder zum Aufspüren und zur Entwicklung weiterer Ressourcen eingesetzt.

Vor dem Hintergrund der Definition von Ressourcenorientierung als einer therapeutischen Haltung ist die Körperzentrierte Psychotherapie somit grundsätzlich ressourcenorientiert.

Speziell zu erwähnen ist die spirituell-wesensmäßige Dimension. Sie birgt möglicherweise ein besonderes Ressourcenpotential (Antonovsky, 1997). In ihr zeigt sich die Fähigkeit des Menschen zur Ruhe, zur Stille, zum Hinfinden zum eigenen, wahren Selbst und zur individuellen Sinnstiftung. Gerade in einer Zeit von zunehmender Hektik und Schnelllebigkeit wird diese Lebensdimension von vielen Menschen vernachlässigt. Damit wird sie, für ein ausgewogenes Menschsein, besonders wichtig in der Therapie. Vorausgesetzt, der Zugang wird möglich, kann der spirituelle Bereich ein wahrer Fundus für (weitere) Ressourcen werden.

9 Solche Diagnosesysteme werden aus verschiedenen Gründen und Perspektiven schon länger kritisiert, z.B. Beutler und Malik (2002).

## Einsatz als Diagnostikum

Wie bereits beschrieben, bietet das Anthropologische Würfelmodell die Möglichkeit, Defizite ebenso wie Ressourcen einer Person in teilstrukturierter Form zu erheben und darzustellen. Es ist möglich, mit diesem Schema eine teilstrukturierte Ganzheitsdiagnose zu erarbeiten. Eine solche Diagnose ist eine dimensionale Beschreibung - im Unterschied zu kategorialen Systemen wie der ICD. Es wird nicht als beurteilende, festlegende Kategorisierung verstanden, sondern als Orientierungshilfe in der Komplexität des Menschen. Eine defizitorientierte Beschreibung wird als Pathogramm, eine ressourcenorientierte Darstellung als Salutogramm bezeichnet. In der Praxis der Körperzentrierten Psychotherapie wird häufiger ein Salutogramm erstellt. Im systematischen Besprechen aller sechs Lebensdimensionen können Ressourcen aufgespürt werden, die der Patientin bis dahin selbst verborgen waren oder die sie vergessen hatte.

Maurer (1999) weist auf eine defizitorientierte Anwendung des Würfels als Diagnostikum hin, wenn sie schreibt: „Da jeder Mensch die Fähigkeit hat, sich über sich selbst bewusst zu werden, ist es auch möglich, systematisch durchzugehen, welchen Lebensbereich [...] sie oder er möglicherweise zu wenig bewusst in ihre oder seine Selbstorganisation mit einbezieht“ (S. 65-66). Sie befindet sich damit im Einklang mit Grawe und Grawe-Gerber (1999), die die Auffassung vertreten, dass „die Therapieziele unter der Problemperspektive zu bestimmen sind, dass für die [Vorgehensweise] aber der Ressourcenaspekt eher wichtiger ist“ (S. 63). Ein Pathogramm bietet somit bei der Therapiezielbestimmung Orientierung, das Salutogramm bei der Prozesssteuerung.

Große Holtforth und Grawe (2002) weisen auf einen Mismatch in der Psychotherapieforschung und -praxis hin, wenn sie schreiben: „Although the most commonly used questionnaires cover the problem-related and interpersonal types of treatment goal themes, measures covering the aspects of well-being/functioning, existential issues, or personal growth are somewhat underrepresented“ (S. 96). Gerade weil die Aussage im Kontext individueller Therapieziele steht, ist sie auch diagnostisch relevant. Individuelle Ziele sind starke Motivationsquellen (Storch und Krause, 2002). Eine solche intrinsische Motivation wiederum stellt eine persönliche Ressource dar, die mit dem Würfelmodell in der psychischen

Lebensdimension erfasst wird. Das Instrument ist damit geeignet, die einseitig pathologische Orientierung auch in der Diagnostik zu korrigieren.

## Aktives Shiften als Ressourcen-Technik

Das bei Maurer (1998) als „aktives Shiften“ beschriebene Vorgehen wird hier exemplarisch als ressourcenorientierte Technik der Körperzentrierten Psychotherapie erwähnt. Gemeint ist ein bewusstes Verlagern des (Gesprächs-)Fokus im Sitzungs- oder Therapieverlauf von Seiten der Therapeutin. Dies kann innerhalb einer Lebensdimension (intradimensional) in einen anderen Bereich<sup>10</sup> oder Sinneskanal<sup>11</sup> sein oder in eine andere Lebensdimension<sup>12</sup> (interdimensional). Der Fokuswechsel kann von klientenspezifischem Wissen geleitet sein. Aktiv „geshiften“ wird häufig, um Ressourcen aus einem anderen Lebensbereich für das aktuell besprochene Problem zu nutzen. Umgekehrt können Defizite in einem anderen Bereich mit dem gerade Besprochenen in Verbindung gebracht und so Zusammenhänge hergestellt werden.

Willutzki (2000b) beschreibt, dass „Patienten [...] häufig wie hypnotisiert vom Problem“<sup>13</sup> scheinen (S. 279). Systematisches „Shiften“ vor dem Hintergrund des Anthropologischen Würfelmodells kann in einer solchen Situation möglicherweise „zugeschlagene Ressourcentüren“ wieder öffnen und aus einem anderen Lebensbereich zu einem neuen Blick auf das Problem verhelfen.

## Fazit

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war, Körperzentrierte Psychotherapie auf Ressourcenaspekte zu untersuchen. Dabei zeigt sich das zentrale Persönlichkeits- und Arbeitsmodell, das Anthropologische Würfelmodell, als komplementär bezüglich Defizit- und Ressourcenorientierung. Der pathologische und der salutogenetische Zugang werden als einander ergänzend angesehen, wenngleich das Hauptgewicht beim gesundheitsorientierten liegt. Die pathologische Perspektive wird hauptsächlich bei der Zielbestimmung eingenommen, die Ressourcensicht ist Wegweiser im therapeutischen Prozess und therapeutische Grundhaltung. Die hier besprochene Körperzentrierte Psychotherapie stellt damit einen überwiegend ressourcenorientierten Ansatz dar.

<sup>10</sup> Beispiel innerhalb der Zeitdimension: „Sie befürchten also, diese Prüfung nächste Woche nicht zu bestehen, weil Sie zu nervös sind und obwohl Sie gut vorbereitet sind?“ (Zukunft) – „Ja, ich werde bestimmt durchfallen.“ – „Kennen Sie dieses Gefühl vor einer Prüfung?“ – „Ja, das habe ich fast immer.“ – „Und wie verliefen die früheren Prüfungen?“ (Vergangenheit) – „Nun ja, eigentlich meist gut ...“

<sup>11</sup> Beispiel: „Sie wurden also oft zurechtgewiesen, nicht neugierig zu sein?“ – „Ja, dabei interessiert mich doch so vieles!“ – „Wer hat Sie denn zurechtgewiesen?“ – „Ich erinnere mich nicht.“ – „Hören Sie noch mal genau hin, wer sprach so?“ (akustischer Kanal) – „Ich weiß nicht.“ – „Für mich tönt das, als ob da jemand mit erhobenem Zeigefinger spricht.“ – „Ja, jetzt sehe ich meine Tante.“ (visueller Kanal)

<sup>12</sup> Beispiel: „Jetzt, da Sie diese Situation schildern, spüren Sie Angst?“ (psychische Dimension) – „Nein.“ – „Spüren Sie Ihren Atem?“ (körperliche Dimension) – „Ja, er ist ganz schnell und flach – vielleicht habe ich doch Angst.“

<sup>13</sup> Als „Problem“ kann das „Präsentiersymptom“ oder im systemischen Rahmen der Indexpatient gesehen werden. Im letzteren Fall eröffnet sich eine weitere Möglichkeit: **interpersonales** Shiften.

Beispiel: „Frau Müller, Ihre Tochter hält sich also nicht an Ihre Zeitvorgaben für den Abendausgang.“ – „Nein, und ich habe alles versucht, ich weiß nicht, wie ich sie in den Griff bekommen soll.“ – „Herr Müller, haben Sie aus Ihrer Sicht eine Idee, was da abläuft?“ – „Ich glaube, es geht um einen Machtkampf.“ – „Aha! – Meinen Sie, Sie könnten Ihre Frau unterstützen dabei?“ ...

## Danksagung

Klaus Grawe verstarb überraschend während der Entstehung dieses Textes, der ihm deshalb in Dankbarkeit für die lehrreiche Studienzeit gewidmet ist. Der Autor dankt Antonio Bettinaglio, Yvonne Maurer und Marc Lächler für wertvolle Hinweise zu früheren Versionen dieses Textes und Angela Zindel für Therapiebeispiele.

## Literatur

- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT
- Beutler LE, Malik ML (eds.) (2002): Rethinking the DSM: A psychological perspective. Washington DC: APA
- Beutler LE, Moleiro C, Malik M, Harwood TM (2000): The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: First results. Paper presented at the annual international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago III
- Bohart AC, Tallman K (1999): How clients make psychotherapy work. Washington DC: APA
- Engel GL (1977): The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-36
- Fäh M (2004): Psychotherapie und Salutogenese: Überlegungen zum theoretischen und praxeologischen Brückenschlag. *Psychother Forum* 12:3-15
- Foppa K (1988): Über Möglichkeitsräume von Handlungen. *Psychol Beiträge* 30:248-54
- French TM (1933): Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *Am J Psychiatry* 89:1165-1203
- Goldfried MR, Newman CF (1992): A history of psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds.): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, pp. 46-93
- Grawe K (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:130-45
- Grawe K (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999): Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip. *Psychotherapeut* 44:63-73
- Große Holtforth M, Grawe K (2002): Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychother Res* 12:79-99
- Hargens J (1998): Von Lösungen zu Ressourcen oder: Wie lassen sich Haltungen operationalisieren? Und wie noch? Und was geschieht mit Problemen? *Z System Ther* 16:4-8
- Hüther G (2002): *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Klein EB (1980): Change is normal: Adult development theory research and clinical application In: Karoly P, Steffen JJ (eds.): *Improving the long-term effects of psychotherapy*. New York: Gardner, pp. 301-31
- Koukkou M, Lehmann D (1998): Ein systemtheoretisch orientiertes Modell der Funktionen des menschlichen Gehirns und die Ontogenese des Verhaltens: eine Synthese von Theorien und Daten. In: Koukkou M, Leuzinger M, Mertens W (Hrsg.): *Erinnerung von Wirklichkeiten: Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Bd. 1: Bestandsaufnahme. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 287-415
- Künzler A, Beutler LE (2003): Couple alcohol treatment benefits patients' partners. *J Clin Psychol* 59:791-806
- Maurer Y (1998): Die Bedeutung des Anthropologischen Würfelmodells für Veränderungsprozesse (zur Methode des aktiven Shiftens). In: Maurer Y (Hrsg.): *Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Grundlegende Theorien und Aspekte*. Zürich: IKP-Verlag, S. 101-22
- Maurer Y (1999): *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien: Springer
- Maurer-Groeli Y (2004): Neurophysiologische Hintergründe für ganzheitliches psychotherapeutisches Arbeiten mit spezieller Berücksichtigung von Gedächtnis, Körpergedächtnis und Ressourcen. *Psychother Forum* 12:98-103
- Nestmann F (1996): Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 28:359-76
- Norcross JC, Goldfried MR (eds.) (1992): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books
- Petzold HG (1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrat Ther* 4:435-71
- Quekelberghe R van (1979): *Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien*. München: Urban & Schwarzenberg
- Röhrich F (2000): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Seligman MEP (2002): Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder CR, Lopez SJ (eds.): *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford, pp. 3-9
- Smith E, Grawe K (2003): Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg.): *Ressourcen: Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT
- Smith E, Regli D, Grawe K (1999): Wenn Therapie weh tut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltensther Psychosoz Prax* 31:227-51
- Stammmler FM (1999): Déjà-vu?: Klaus Grawes „Psychologische Therapie“. Eine Rezension und Evaluation aus gestalttherapeutischer Sicht. *Gestaltther* 13:86-124
- Storch M, Krause F (2002): *Selbstmanagement – ressourcenorientiert*. Bern: Huber
- Trösken A, Grawe K (2003): Das Berner Ressourceninventar. Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdperspektive. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg.): *Ressourcen: Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT
- Willutzki U (2000a): Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine „neue“ Perspektive? In: Hermer M (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT, S. 193-212
- Willutzki U (2000b): *Positive Perspektiven in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Bochum, Ruhr-Universität

**Alfred Künzler**

lic. phil., Psychologe FSP

Ebenmattstr. 30 • CH-4447 Känerkinden • Schweiz

Tel./Fax +41 62 299 0934

E-Mail: alfred.kuenzler@psychologie.ch